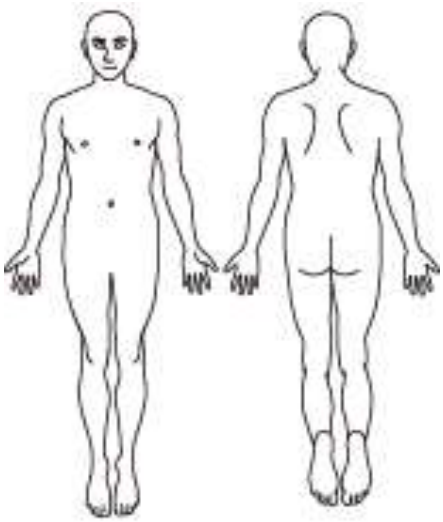
再初診の問診票

ID:　　お名前：　　令和　　年　　月　　日

症状のある部位に、〇を付けて下さい

1. あてはまる症状に〇をつけて下さい
   痛み　　しびれ　　腫れ　　切った
   ぶつけた　その他　（　　）



2. （痛み、しびれ、等の場合）どんな時に感じますか？
   （　　）

3. いつからですか？
   ＿＿ヶ月前から　＿＿週間前から　＿＿日前から
   昨日から　本日から　＿＿＿＿年＿＿月頃から

4. 思い当たる原因はありますか？
   （　　）　・　交通事故　・　仕事中

5. この症状に対して検査・治療を受けたことがありますか？
   □ない　□ある　病院名：＿＿＿＿＿＿＿＿　治療内容：＿＿＿＿＿＿＿＿

6. （女性の方へ）現在妊娠中ですか？　□いいえ　□はい（妊娠　＿＿＿週）　□わからない
7. （女性の方へ）現在授乳中ですか？　□いいえ　□はい
8. 本日ご希望の内容があれば〇を付けて下さい。
   レントゲン　・　薬　・　湿布　・　骨そしょう症検査　・　リハビリ　・　その他
   （　　）